

Edmonton Symptom Assessment System (revised version) (ESAS-r)

SVP encercler le chiffre qui correspond le mieux à ce que vous ressentez présentement:

Aucune douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La pire douleur possible
<hr/>												
Aucune fatigue (<i>fatigue = manqué d'énergie</i>)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La pire fatigue possible
<hr/>												
Aucune somnolence (<i>se sentir très éveillé</i>)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La pire somnolence possible (<i>se sentir très endormi</i>)
<hr/>												
Aucune envie de vomir (<i>envie de vomir = nausée</i>)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La pire envie de vomir possible
<hr/>												
Très bon appétit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Aucun appétit
<hr/>												
Aucun essoufflement (<i>essoufflement = manqué de souffle</i>)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Le pire essoufflement possible
<hr/>												
Aucune dépression (<i>dépression = triste</i>)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La pire dépression possible
<hr/>												
Aucune anxiété (<i>anxiété = se sentir nerveux</i>)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La pire anxiété possible
<hr/>												
Meilleure sensation de bien-être (<i>bien-être = comment vous vous sentez en général</i>)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Aucune sensation de bien-être
<hr/>												
Autre problème (<i>p.e. constipation</i>) _____												
Aucun(e) _____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Le (La) pire possible _____

Nom du patient _____

Date _____ Heure _____

Complété par (cochez un):

- Patient(e)
- Famille
- Professionnel de la santé
- Avec l'aide d'une personne soignante

Nous vous prions d'indiquer sur le dessin la place où vous avez mal.

